

132

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 décembre 1898, à 1 heure

Par LOUIS BERTRAND

Né à Saint-Malo de la Lande (Manche), le 23 janvier 1867

Lauréat des hôpitaux de Rouen (Médaille d'argent, 1895-96)

L A

PARALYSIE DOULOUREUSE

DES JEUNES ENFANTS

DESCRIPTION ET PATHOGÉNIE

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : MM. TROISIER, }
 CHARRIN, } agrégés.
 THOINOT, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 décembre 1898, à 1 heure

Par LOUIS BERTRAND

Né à Saint-Malo de la Lande (Manche), le 23 janvier 1867

Lauréat des hôpitaux de Rouen (Médaille d'argent, 1895-96)

L A

PARALYSIE DOULOUREUSE

DES JEUNES ENFANTS

DESCRIPTION ET PATHOGENIE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. TROISIER,
CHARRIN, } *agregés.*
THOINOT, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	CHANTEMESSÉ.
Clinique des maladies des enfants.....	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchements.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON CHER MAÎTRE
M. LE PROFESSEUR BRUNON
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

Hommage de ma profonde reconnaissance.

Avant d'aborder notre sujet, nous ne saurions manquer à une respectueuse tradition, à un devoir qu'il nous est agréable de remplir, car pendant le cours de nos études médicales nous nous sommes toujours trouvé en présence de maîtres dévoués auxquels nous tenons à laisser le témoignage de notre reconnaissance.

Que MM. Delabost, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Rouen, Tinel, Pennetier, Ch. Bataille, Leudet, Nicolle, Victor Rocher veuillent bien croire à toute notre gratitude pour leur excellent enseignement.

Que MM. les professeurs Olivier, Cerné, François Hue, Albert Martin veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour les conseils aussi savants que pratiques qu'ils nous ont prodigués.

Une large part de nos meilleurs souvenirs est réservée à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Cerné, Gargam, Petitclerc, Chaboux, Lerefait, Didier.

M. Brunon, directeur de l'Ecole de médecine, dont nous avons aussi été l'élève à l'Hospice général et qui veut bien nous honorer de son amitié, sait tout le respect que nous avons pour lui. Il a été l'inspirateur de ce travail; qu'il veuille bien en accepter l'hommage et croire à nos sentiments affectueux et dévoués.

Nous ne voudrions pas non plus oublier nos camarades

Vallée et Profichet internes des hôpitaux de Rouen qui, guidés par la plus sincère amitié, nous ont aidé de leurs conseils.

Nous prions M. le professeur Hutinel de croire à nos sentiments de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Définition.

La paralysie douloureuse des jeunes enfants est caractérisée par l'impotence complète d'un membre avec phénomènes douloureux accompagnant les mouvements provoqués.

Le début de cette affection est subit ; elle est absolument particulière aux enfants du premier âge.

Historique.

On trouve dans la littérature médicale de nombreuses observations de cette forme de paralysie.

En 1850 Henry Kennedy faisait paraître dans le « *Dublin quaterly journal of medicine* » un article intitulé : « Recherches sur quelques formes de paralysie qui se manifestent chez les enfants ». Deux des observations qu'il publie présentent tous les caractères de la paralysie douloureuse des jeunes enfants. Mais il décrit ces cas avec les paralysies d'origine infectieuse, ce qui explique les contradictions nombreuses et le défaut d'unité de son travail. Voici la critique qu'en fait Chassaignac dans les « *Archives générales de Médecine* » :

« On ne peut guère douter, d'après la lecture du Mémoire de M. Kennedy (Recherches générales sur quelques formes de paralysie chez les enfants, *Arch. générales de Médecine*, 4^e série, t. XXIII, *Dublin quaterly journal of*

« *medicine*, numéro de février 1850), sur ce qu'il appelle
« les paralysies temporaires de l'enfance, que cet auteur
« n'ait eu l'occasion d'observer quelques cas de la maladie
« que nous avons décrite ; mais il nous a paru régner dans
« le travail d'ailleurs fort estimable de cet auteur distingué
« des contradictions si étranges que nous ne pouvons ad-
« mettre qu'il avait eu une notion exacte de cette curieuse
« affection.

« Il résulte de ces oppositions que, si l'auteur a bien
« réellement observé des exemples de la maladie que nous
« avons décrite, il a confondu avec elle des espèces de pa-
« ralysies totalement différentes. Il ne pouvait dès lors
« donner une description exacte de l'affection dont il s'a-
« git. »

C'est à Chassaignac que revient l'honneur d'avoir le premier fait une description complète de la paralysie douloureuse des jeunes enfants.

Dans un Mémoire paru en 1856 dans les *Archives générales de Médecine*, il différencie absolument cette affection des autres paralysies dans le premier âge.

Il en a fait une affection spéciale aux enfants, caractérisée par l'instantanéité du début et se manifestant par une paralysie flasque et complète d'un des membres, presque toujours un des bras, avec hyperalgésie de cet organe. Les mouvements passifs ou communiqués sont possibles, mais déterminent des douleurs qui arrachent des cris à l'enfant. Le siège de ces douleurs est le plus souvent localisé à l'épaule, cependant le membre tout entier peut être douloureux.

Le bras pend inerte le long du corps et toujours dans

la même position : en pronation avec léger degré de flexion de l'avant-bras sur le bras.

Il n'y a pas d'autres signes objectifs, on ne constate ni déformation, ni tuméfaction, ni rougeur ou chaleur anormales. On peut toutefois, dans certains cas, constater des craquements articulaires dans le coude ou dans l'épaule.

Ces symptômes s'amendent toujours rapidement ; en quelques jours tout a disparu. La marche de l'affection vers la guérison est donc rapide : le pronostic doit être bénin.

Telle est, en résumé, la description qu'a donnée Chassaignac de la paralysie douloureuse qu'il appelle plus volontiers « Torpeur douloureuse des Enfants ».

De 1856 à 1892, la littérature médicale reste muette sur cette question de pathologie. A cette époque, M. Brunon (de Rouen) fait une communication à la Société de médecine de Rouen sous ce titre : *Pseudo-paralysie infantile par auto-suggestion*. Ce premier travail de M. Brunon a été fait sans que l'auteur ait eu connaissance du Mémoire de Chassaignac. Cette coïncidence tendrait à prouver qu'il s'agit bien d'une entité morbide définie puisque les deux descriptions, indépendantes l'une de l'autre, sont presque identiques.

L'auteur présente deux observations qui sont le tableau exact de la paralysie douloureuse de Chassaignac ; le mode de début présente seul quelques particularités. Dans le premier cas, suivant le témoignage de la domestique qui l'accompagnait, l'enfant n'avait fait aucune chute, aucun mouvement lorsque s'est manifestée la douleur initiale ; il ne se trouvait personne dans son voisinage immédiat. —

Dans le second cas, l'enfant tenait la robe de sa bonne, il n'y aurait eu aucun tiraillement, l'enfant n'aurait fait aucun effort à ce moment. Ce sont, il est vrai, des témoignages de domestiques dont les affirmations sont souvent suspectes.

En 1894, Minerbi de Ferrare étudie le même sujet dans un Mémoire paru dans le *Bulletin de l'Académie des Sciences médicales et naturelles* de Ferrare. Il donne une théorie mécanique de cette affection, l'attribuant à une subluxation de la tête du radius.

En 1895, M. Brunon reprend la question dans un important Mémoire paru dans la *Presse Médicale*. Se basant sur les expériences de Beaunis, il explique la paralysie par une action inhibitrice déterminée par le traumatisme qui marque le début des symptômes. L'auteur est le premier qui dissocie les deux éléments principaux de cette affection : la paralysie et la douleur, les troubles de motilité et les troubles de sensibilité.

Pour les phénomènes douloureux, M. Brunon fait intervenir un acte psychique, intellectuel, qui serait le souvenir de la douleur initiale.

Enfin dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*, publié en 1898 sous la direction de M. le professeur Grancher, M. le docteur Bézy (de Toulouse) écrit un article sur la Paralysie douloureuse des jeunes enfants. L'auteur, après avoir suivi les descriptions de Chassaignac et de Brunon, revoit et critique les opinions émises par les auteurs sur la pathogénie de cette affection. Il considère des causes extrinsèques qui sont les différents traumatismes dont le membre lésé a été le siège et des causes intrinsèques qui sont :

1° Les lésions osseuses ou articulaires, les fractures, l'entorse juxta-épiphysaire décrite par M. le professeur Ollier, les entorses, les luxations ;

2° Les lésions des plexus nerveux, les phénomènes d'inhibition qui se passeraient du côté du système nerveux local.

L'auteur admet qu'il y aurait « tiraillement des filets nerveux produisant une lésion dont la nature intime reste indéterminée faute d'autopsie ».

Description clinique.

Tous les cas de la paralysie douloureuse des jeunes enfants ont la même physionomie :

Chez un enfant on constate qu'un des membres supérieurs est en état de paralysie flasque. Il est inerte et si on le soulève légèrement ou si on cherche à fléchir l'avant-bras sur le bras, il retombe lourdement et reste pendant le long du corps.

Il n'y a pas d'anesthésie : si l'on pince la peau, l'enfant se met à crier d'abord, puis tantôt il ne peut déplacer son bras, malgré ses efforts, tantôt il le déplace légèrement pour fuir la douleur. Le moindre mouvement est douloureux, l'exploration la plus douce fait pousser des cris au petit malade.

Le plus souvent, les personnes de l'entourage de l'enfant ne peuvent donner aucune explication sur la cause des accidents : tout ce qu'elles peuvent dire, c'est que le début a été instantané. L'enfant jouait ou se promenait tenu par la main, ou bien il tenait lui-même la robe de sa bonne, ou bien encore il était tranquille dans son lit quand on le souleva : tout à coup, il a poussé un cri ; depuis ce moment, son bras est inerte et douloureux au moindre mouvement. Voilà tout ce que l'on sait.

Devant ces faits le médecin est assez perplexe : il peut penser à un traumatisme osseux ou articulaire ; il explore la tête humérale, l'extrémité inférieure du radius et l'arti-

culatlon du coude. Pendant ce temps, l'enfant pousse des cris, s'agite, se défend et pleure. La famille est très effrayée.

Dans le plus grand nombre de cas, le lendemain ou le surlendemain, on note déjà de l'amélioration, les cris sont moins fréquents, ils font place à de simples gémissements, on peut provoquer des mouvements plus amples et quelques jours plus tard tous les symptômes sensitifs ont disparu ; l'enfant se sert de son bras comme de coutume.

Pour étudier les caractères de la paralysie douloureuse des enfants, nous suivrons Chassaignac qui a décrit :

- 1° le début subit ;
- 2° l'état incomplet de la paralysie ;
- 3° les troubles de la motilité ;
- 4° les caractères de la douleur, son intensité, son siège, sa durée ;
- 5° l'aspect du membre ;
- 6° l'absence de toute déformation et de tout désordre anatomique ;
- 7° la diminution progressive et la guérison prompte de la paralysie.

I. — Début subit.

Le début est subit, instantané, à la suite d'un traumatisme léger. Mais l'on conçoit fort bien que chez de tout petits enfants, ceux de huit à dix mois, par exemple, qui ne peuvent rendre aucun compte de leurs sensations et aux mouvements desquels on ne prête que peu d'attention, on puisse ne s'apercevoir de la paralysie que quand elle existe

déjà depuis plusieurs jours. Quoi qu'il en soit, on remarque que, dans la grande majorité des observations, les premières manifestations de douleur et de paralysie sont consécutives à un tiraillement brusque assez violent puisqu'il a pour but d'éviter une chute ou de soulever l'enfant lui-même et que la résistance à vaincre est, en général, approximativement, le poids du corps de l'enfant.

II. — État incomplet de la paralysie.

Les troubles de la paralysie qui nous occupe ne portent guère que sur la motilité. Et encore ajoutons que l'abolition des mouvements est loin d'être toujours absolue. Aussitôt après l'accident, il y a généralement perte subite et complète de la motilité. Cette perte de motilité persiste d'ordinaire vingt-quatre ou quarante-huit heures. Au bout de ce laps de temps quelques mouvements se manifestent d'une façon obscure et appréciable seulement si l'on pince la peau ou si on se livre à quelque tentative d'exploration. Pour se dérober à la douleur qui résulte de ces différentes manœuvres, le petit malade fait exécuter à son membre un mouvement faible, lent et peu étendu. Les jours qui suivent, la motilité revient progressivement en même temps que la douleur va s'amoindrissant.

La sensibilité bien que conservée n'est pas pour cela complètement intacte. Dans la plupart des cas il y a exaltation véritable de la sensibilité à la douleur, une vraie hyperalgésie. Et cette hyperalgésie suit la même marche que l'abolition des mouvements. De même que l'enfant recouvre progressivement l'intégrité de ses mouvements au bout de

quelques jours, de même, peu à peu, la sensibilité à la douleur devient normale.

III. Troubles de la motilité.

Dans les premiers instants et quelquefois durant les premiers jours qui suivent le début des accidents, le membre supérieur reste immobile et pendant le long du corps. L'avant-bras est légèrement fléchi et placé dans la pronation, la face palmaire de la main appliquée contre la hanche.

Veut-on soutenir le bras de l'enfant en saisissant le coude, la main retombe inerte comme s'il y avait eu paralysie des extenseurs.

A cette époque, soit qu'il y ait paralysie réelle des mouvements, soit que la douleur soit la seule cause qui porte obstacle à la locomotion du membre, on ne réussit par aucune stimulation à exciter d'une manière appréciable les contractions musculaires. Ce n'est que le lendemain du jour de l'accident, ou un peu plus tard, que l'on s'aperçoit de l'existence de quelques mouvements spontanés, très lents, très bornés soit que l'enfant y soit sollicité par la crainte de la douleur qu'un attouchement quelconque pourrait occasionner, soit que, l'action de la cause paralysante ayant diminué d'intensité, la motilité soit déjà en réalité un peu revenue.

Quant aux mouvements passifs ou communiqués, ils s'exécutent tous parfaitement, mais non sans donner lieu à des douleurs très aiguës qui arrachent des cris à l'enfant.

Jamais on ne rencontre d'obstacles dans les manœuvres

auxquelles on se livre pour assurer l'intégrité des divers mouvements.

**IV. — Caractères de la douleur. Son intensité,
son siège, sa durée.**

La douleur doit figurer au premier plan parmi les phénomènes qui impriment un cachet spécial à la variété de paralysie qui nous occupe.

Le premier caractère de cette douleur, c'est sa manifestation subite aussitôt après l'accident qui a déterminé la maladie. Dans l'instant même où la cause agit la douleur apparaît vive, aiguë. L'enfant pousse des cris déchirants. A ces cris déchirants succèdent des plaintes moins violentes, mais fréquemment renouvelées et qui témoignent de la persistance de la douleur pendant au moins quarante-huit heures.

Jusqu'alors la douleur était spontanée. Plus tard elle ne se manifeste que si on la provoque, soit si l'enfant exécute un mouvement pour fuir une manœuvre à laquelle on veut le soumettre, soit si on imprime au membre malade des mouvements passifs.

SIÈGE DE LA DOULEUR. — D'une manière générale on peut dire que les mouvements qu'on fait exécuter au membre et principalement la supination et l'abduction donnent lieu à un retentissement douloureux dans l'épaule, mais on détermine difficilement le point précis de la sensation douloureuse.

V. — Aspect du membre.

Le bras, immobile et pendant le long du corps, est dans la pronation de telle sorte que la face palmaire de la main se trouve regarder la hanche.

Rappelons ici qu'il y a flexion à un léger degré de l'avant-bras sur le bras et quand on se borne à soutenir le coude, la main tombe comme elle le fait dans la paralysie des extenseurs.

VI. — Absence de toute déformation et de tout désordre anatomique.

Dans l'affection qui nous occupe nous avons à noter l'absence des signes habituels de l'inflammation : pas de tuméfaction du membre, pas de rougeur, pas de chaleur anormale. D'un autre côté, si l'idée d'une fracture, d'une luxation, d'une déchirure ligamenteuse ou musculaire vient à l'esprit, cette idée s'évanouit devant un fait constant chez les enfants atteints de paralysie douloureuse. Ce fait, c'est que le membre affecté n'offre en aucun point de son étendue une altération quelconque dans sa conformation, non plus que la moindre trace d'ecchymose, d'écorchure ou de gonflement. Toutefois il ne faut pas oublier que, dans quelques cas, on peut percevoir un craquement ou cri articulaire. Ce cri articulaire peut être entendu par suite du procédé suivant : une main étant appliquée sur l'épaule ou sur le coude, on imprime avec l'autre main des mouvements de rotation au membre affecté. Mais si les craquements

ainsi perçus plaident en faveur d'une fracture ou d'une luxation, l'absence d'ecchymose et de toute déformation éloigne l'hypothèse d'une lésion traumatique, ce qui est surabondamment prouvé par la rapidité de la guérison.

VII. — Diminution progressive et guérison prompte de la paralysie.

Un dernier caractère saillant de la paralysie douloureuse des jeunes enfants, c'est la marche des accidents, marche toujours la même dans les différents cas.

Diminution graduelle de la douleur, qui présente dans les premiers instants qui suivent l'accident son maximum d'intensité. Retour progressif des mouvements, qui, après avoir été tout d'abord, en apparence au moins, complètement abolis, reparaissent faibles et obscurs, puis s'accroissent davantage et recouvrent au bout de peu de jours leur intégrité complète. Enfin apaisement de l'hyperesthésie et retour de la sensibilité du membre à l'état normal.

Cette paralysie singulière disparaît après quatre ou cinq jours, moins souvent au bout de quarante-huit heures. Sa durée ne dépasse jamais un septénaire.

Dans les observations qui suivent on trouvera la confirmation des caractères que nous avons assignés à la paralysie douloureuse des jeunes enfants.

AGE. — Kennedy (1) a déjà remarqué que cette paralysie assez étrange se rencontre presque toujours dans les premières années de la vie.

(1) *Archives générales de médecine*, 1850, p. 311.

Dans les six observations qu'il rapporte, tous les malades, à part un jeune garçon de quinze ans et une petite fille de neuf ans, ont moins de six ans.

Tous les malades de Chassaignac (1), sauf une jeune fille de quinze ans (et Chassaignac rapporte quatorze observations) ont moins de cinq ans.

Voici l'âge des malades observés par M. Brunon :

Un an ;

Six mois ;

Trois ans ;

Dix-sept mois ;

Sept mois ;

Dix-sept mois ;

Trois ans ;

Seize mois ;

Age des malades signalés dans nos observations personnelles :

Deux ans ;

Dix mois ;

Seize mois ;

Trois ans ;

Sept mois ;

Dix-sept mois ;

Seize mois ;

Trois ans ;

Sept mois ;

Dix-sept mois.

Le membre supérieur est le plus souvent atteint : sur vingt-deux cas, nous ne trouvons que deux fois le membre inférieur paralysé.

(1) *Archives générales de médecine*, 1856, p. 653.

Mécanisme.

Voici quelques exemples montrant par suite de quel mécanisme l'affection qui nous occupe peut se produire :

I

Un enfant de dix mois tombe à terre dans la position assise. On lui tend la main pour se relever. Douleur subite, paralysie (Observation 2).

II

Un garçon de trois ans tient la robe de sa bonne. Cette dernière se met à marcher pendant que l'enfant regarde d'un autre côté : tiraillement brusque du bras, paralysie.

III

Enfant d'un an qu'on soulève de son lit en le prenant sous les deux bras : paralysie du bras droit.

IV

Un enfant de trois ans joue avec sa mère dans son lit. La mère, voulant mettre fin aux jeux, le prend par les deux bras et tire avec force : douleur dans l'avant-bras gauche, paralysie du bras (Observation 4).

V

Enfant de sept mois. La mère, le portant dans ses bras, fait une chute. L'enfant tombe à terre. On le relève : le bras droit est paralysé (Observation 5).

VI

Enfant de dix-sept mois. Etant assis à terre, la mère le soulève par un bras. Depuis, ce bras est inerte, l'enfant ne se sert que de l'autre. Mais, dans ce cas, *pas de douleur* dans les mouvements passifs.

VII

Enfant de seize mois. L'enfant marche depuis l'âge de treize mois. Un matin, la mère l'enlève du lit : dès qu'on le met sur les pieds, il pousse des cris. Le remet-on au lit, il cesse de crier. Les mouvements passifs des deux membres inférieurs sont peu douloureux. La veille l'enfant est tombé plusieurs fois assis (Observation 3).

Pathogénie.

Chassaignac admettait qu'il s'agissait d'une affection locale nerveuse. Les accidents seraient consécutifs à une commotion du plexus brachial et comparables aux accidents de la commotion cérébrale. Cette idée de Chassaignac permettrait d'établir une comparaison entre la paralysie douloureuse des jeunes enfants et la paralysie du circonflexe et du nerf radial à la suite d'une luxation de l'épaule.

Dans tous les cas, Chassaignac éliminait toute idée de luxation, de fracture ou de déchirure ligamenteuse puisqu'il n'avait trouvé ni déformation, ni ecchymose, ni écorchure, ni trouble dans le jeu des articulations.

M. Cerné (de Rouen) n'a observé qu'un cas, mais dans ce cas il croit à l'existence d'un tiraillement du ligament radio-cubital.

M. Camille Moreau de Charleroi croit à l'existence d'une subluxation de la tête humérale sans déformation de l'épaule et ne s'opposant pas à certains mouvements passifs. Pour lui il n'y a pas de *paralysie*.

M. Cesare Minerbi (de Ferrare) étudie le même sujet dans un Mémoire très important paru dans les *Bulletins de l'Académie des sciences médicales et naturelles* de Ferrare. L'auteur italien n'accepte pas la théorie de M. Brunon. Il admet l'existence d'une subluxation de la tête du radius. Son opinion est basée sur les cas qu'il a observés

chez le vivant, sur les expériences qu'il a faites sur le cadavre et enfin sur les documents qu'il a pu réunir. Son important Mémoire relate des documents pris dans l'histoire de la luxation du coude par élongation ou luxation incomplète des enfants (1). Cette luxation, spéciale à l'enfance, était connue sous le nom d'entorse, de foulure du coude, lorsque Deny Fournier en 1671 en fit le premier une « *eslongation* » par relâchement des ligaments. C'était une vue très ingénieuse.

Duverney, le neveu, vers 1750, affirme qu'il n'y a pas seulement *eslongation* par relâchement des ligaments, mais luxation de la tête du radius qui se dégage de son anneau fibreux.

Botentuit, en 1787, Philippe Pinel, en 1789, acceptent la même idée, mais avec mécanisme différent. Ils ne parlent plus de la théorie de l'élongation mais la remplacent par la théorie de la bascule du radius sur le cubitus. De nos jours des travaux se sont accumulés sur cette question, mais n'y ont pas jeté beaucoup de lumière.

M. Pingaud donne à son tour une explication. Pour lui la lésion siège bien au coude. Il y a intégrité des ligaments, mais la tête du radius est *déplacée* par en bas. La demi-circonférence inférieure du ligament annulaire remonte au-dessus de la capsule du radius. Il peut même exister une véritable subluxation de la tête du radius en avant ou en arrière sans déchirure ni déplacement du ligament annulaire.

M. Brunon a essayé de donner la pathogénie de la mala-

(1) PINGAUD, article Coude, *Dictionnaire encyclopédique*, p. 575.

die assez étrange qui nous occupe. Il remarque tout d'abord que le tableau symptomatique de la luxation de Duverney, de Botentuit, de Pinel et de Pingaud reproduit à peu près exactement celui qu'il a donné après Chassaignac sous le nom de Paralyse douloureuse. Cependant il faut remarquer que, dans la luxation, le seul signe constant est l'impossibilité de porter la main de l'enfant dans la supination. De plus sur dix-sept cas, deux seulement se présentaient avec le bras *pendant le long du corps*. Or, sur un total de vingt-deux cas (Chassaignac et Brunon), tous les mouvements passifs étaient libres et chez tous les enfants le bras pendait inerte le long du corps.

M. Brunon fait remarquer que la question n'a été étudiée jusqu'ici que par des chirurgiens qui tous acceptent une explication chirurgicale sans être d'accord toutefois sur le siège exact de la lésion.

Chassaignac seul fait exception puisqu'il admet une affection locale *purement nerveuse*.

M. Brunon admet que l'on pourrait faire intervenir :

- 1° un traumatisme local ;
- 2° une action inhibitrice expliquant la paralysie ;
- 3° un acte intellectuel, le souvenir de la douleur initiale expliquant les cris du malade au moindre mouvement.

A des phénomènes complexes, il oppose une pathogénie complexe. A propos du traumatisme il dit :

« J'accorderais bien volontiers que le point de départ de la douleur est dans un tiraillement des ligaments. Mais je crois pouvoir ajouter que ces explications purement anatomiques ne sont pas suffisantes, et je persiste à croire qu'il y a autre chose qu'un pur traumatisme local. Mon opinion

repose sur ce fait principal d'observation que, dans les cas observés par nous, le membre atteint ne présentait pas l'aspect qu'il a dans le cas de luxation ou de subluxation : il n'était ni fléchi, ni contracturé, ni en pronation, ni en supination ; il était inerte, flasque. La douleur apparaissait au moindre mouvement provoqué soit dans l'épaule, soit dans le coude, soit au poignet, soit dans les doigts. Malgré toute l'attention, il était impossible de savoir quelle articulation était douloureuse ou même si une articulation était douloureuse. »

A propos de l'action inhibitrice qui expliquerait la paralysie, M. Brunon s'exprime ainsi :

« Les actions nerveuses d'arrêt sont encore bien peu connues dans leur mécanisme et dans leurs conséquences, cependant elles peuvent donner la clef de quelques phénomènes de paralysie. En effet, c'est un principe admis que les actions d'arrêt peuvent empêcher un mouvement de se produire.

« Les exemples sont nombreux. Le professeur Beaunis (1) a observé chez la grenouille des paralysies *temporaires*, générales ou *partielles*, à la suite d'excitation sensitive, c'est-à-dire de véritables paralysies réflexes d'inhibition.

« Le même physiologiste a constaté une diminution de l'excitabilité de la moelle sous l'influence de la préparation des nerfs de la patte d'une grenouille. »

La contusion des viscères abdominaux chez le lapin a amené des paralysies réflexes des extrémités postérieures. Tout le monde sait que la frayeur peut empêcher un mou-

(1) H. BEAUNIS, *Physionomie humaine*, 3^e édition. Paris, J.-B. Baillière.

vement *voulu* et nécessaire pour le salut de l'individu.

« Le *choc* chirurgical n'est probablement pas autre chose qu'un acte d'inhibition, mais régularisé et d'une intensité exceptionnelle. Un autre fait intéressant : grâce aux actions d'arrêt, une excitation périphérique peut amener un allongement réflexe du muscle au lieu d'un raccourcissement.

« De même, dans notre cas, il ne nous paraît pas inadmissible que, sous l'influence d'une excitation périphérique nerveuse, la motilité soit supprimée dans le bras du malade, par inhibition.

« De plus, si on étudie le *point de départ* des actions d'arrêt, on voit encore que les données acquises expérimentalement peuvent s'appliquer à notre cas. En effet, on admet que l'excitation (électrique, chimique ou mécanique) des centres nerveux détermine des actions d'arrêt et une diminution d'activité des phénomènes moteurs, de même pour une excitation psychique : une grande émotion « paralyse » les mouvements.

« Le plus souvent le point de départ se trouve dans la périphérie *sensitive* et Setschenow croit que, dans ces cas, il faut que la sensation s'élève jusqu'à la douleur.

« C'est précisément ce qui paraît se passer chez nos malades ; il y a toujours une douleur vive, traduite par des cris soudains, consécutive à un tiraillement du bras et suivie de l'impotence de ce bras. Il y a aussi une vive frayeur dont l'action inhibitrice peut s'ajouter à celle du tiraillement douloureux.

« Nous admettrons provisoirement que, dans la *paralysie douloureuse des jeunes enfants*, la théorie des actions d'arrêt peut expliquer la paralysie. »

A propos de l'acte intellectuel expliquant la douleur, M. Brunon dit :

« Remarquons d'abord que cette douleur n'est pas liée exactement au mouvement passif ; elle naît seulement à propos de ce mouvement. L'enfant est tranquille, il manie un jouet avec sa main gauche, le bras droit pend inerte le long du corps : vous touchez à un segment de ce membre (bras, avant-bras ou doigt), et immédiatement l'enfant pousse des cris ; voilà ce que nous avons observé plusieurs fois.

« Pour nous, l'enfant n'a que le souvenir de la douleur initiale. C'est la crainte d'une nouvelle douleur qui le fait crier. Quelques jours plus tard, quand il aura *oublié*, on pourra explorer le bras sans susciter le moindre cri.

« Voici quelques faits d'observation journalière qui tendent à nous faire admettre cette explication : un enfant tombe et se fait une bosse sanguine au front ; si on le relève doucement, en lui disant avec conviction : « ce n'est rien », le plus souvent l'enfant se laissera suggestionner et reprendra ses jeux. Si on manifeste une émotion, si la mère ou la bonne pousse des exclamations, l'enfant se laisse suggestionner encore, mais alors pour faire chœur et pousser des cris. Dans le premier cas, l'accident était sans importance, dans le second il paraîtra causer une vive douleur.

« Je suis appelé auprès d'un enfant chez lequel le diagnostic de paralysie douloureuse était facile à faire avant d'avoir vu le malade. Désireux de faire une expérience sur le siège de la douleur, je me fais précéder par le père de l'enfant avec la mission de calmer tout le monde y compris le petit malade.

« Quand j'entre à mon tour dans sa chambre, je m'occupe d'abord d'un autre enfant, pour dévier l'attention du malade ; peu à peu j'arrive, en me masquant derrière un rideau, à remuer son bras paralysé *sans le faire crier*. Dès que je fis la même manœuvre ouvertement, l'enfant se mit à pousser des cris.

« Un dernier fait : un enfant de trois ans a le médius droit pincé dans une porte. Je lui frictionne immédiatement le doigt en disant avec énergie : « ce n'est rien ». Pendant trois semaines l'enfant ne se préoccupe nullement de son doigt, l'ongle se détache peu à peu, et il est près de tomber quand je l'enlève complètement à l'insu de l'enfant : puis tout à coup, je lui montre sa phalange avec l'ongle nouveau encore mal formé ; immédiatement scène de cris et de larmes ; on dirait que l'enfant souffre horriblement, et pendant deux jours il tient son doigt dans l'extension forcée, évitant de se servir de sa main, employant exclusivement la main gauche pour jouer ou pour manger. Si on veut examiner son doigt il pousse des cris. Cependant il ne souffre pas, il n'a aucun mal ; il a peur tout simplement, et il a le souvenir ravivé de la douleur initiale. »

Le dernier auteur qui, à notre connaissance, ait cherché à élucider la question au point de vue pathogénique est M. le Dr de Bruin, Privatdocent de pœdiatrie à l'université d'Amsterdam. M. de Bruin manie trop bien notre langue pour que nous ne lui laissions point la parole. Dans une lettre qu'il a eu l'extrême obligeance de nous adresser, il dit : « Je vais passer en revue les opinions émises par les auteurs pour chercher celle qui, d'après mes propres observations, me paraît la plus plausible.

« Tandis que la plupart des auteurs admettent une lésion chirurgicale, MM. Chassaignac, Brunon et autres croient avoir affaire à une paralysie réflexe ou hystérique, à une affection nerveuse sans lésions anatomiques. Je me rattache à la première opinion. Il faut cependant remarquer que les auteurs ne sont nullement d'accord quant à la nature de la lésion anatomique qui serait la cause de la paralysie douloureuse.

« Ainsi :

« A. — Fournier, Duverney, Pingaud, Minerbi admettent une luxation du radius en bas avec enclavement du ligament annulaire du radius entre l'humérus et le radius.

« B. — Strembel et Gurlt supposent une distorsion de l'articulation radio-humérale.

« C. — Goyrand, Malgaigne, Paul, Pitha, Wahl, Lindemann, Brindley croient avoir affaire à une subluxation de la tête du radius *en avant*.

« D'autres : Langlois, Pinel, Boyer, Poinso, Perrin, Loreta, Martin, à une subluxation *en arrière*.

« D. — Hutchinson et Hoffmann admettent une subluxation de la tête du radius en avant avec enclavement du ligament annulaire du radius.

« E. — Goyrand croit (plus tard) devoir admettre une subluxation du cartilage triangulaire du cubitus dans l'articulation radio-cubitale inférieure.

« Les expériences faites par Strenbel, Pingaud, Minerbi et Hutchinson sur des cadavres de jeunes enfants offrent toutes les mêmes résultats, c'est-à-dire que si l'on tire avec force la main en bas, le ligament annulaire du radius s'interpose entre l'eminentia capitata de l'humérus et la tête du

radius sans que la capsule de l'articulation se déchire. La rotation et surtout la supination de l'avant-bras sont alors plus difficiles à effectuer, mais après la supination forcée de l'avant-bras, le ligament reprend sa position première.

« Strenbel et Hutchinson voient de plus une dislocation peu sensible de la tête du radius en avant.

« Pingaud n'a pu constater qu'une luxation momentanée, quoiqu'il soit forcé d'admettre que, chez les enfants vivants, cette luxation puisse persister par suite de contractions musculaires.

« Moi-même (M. de Bruin) je n'ai pas pu constater avec certitude la dislocation de la tête du radius. Néanmoins, je crois que dans la paralysie douloureuse nous avons affaire à une lésion chirurgicale et non à une paralysie réflexe ou hystérique. Je tire cette conclusion du succès que j'ai obtenu en traitant mes petits malades d'après la méthode de Pingaud. J'ai pu faire disparaître tout d'un coup tous les symptômes en étendant, supinant et ployant l'avant-bras, tandis que je pressais en même temps la tête du radius d'avant en arrière. En même temps je reçus l'impression que quelque chose se déplaça avec une légère secousse et avec un faible craquement. Le bras reprend immédiatement sa mobilité première et toute douleur disparaît....

« Souvent la supination seule de l'avant-bras offre le même succès.

« Ces résultats prouvent suffisamment l'existence d'une lésion anatomique (chirurgicale). Il est en effet probable que nous avons affaire ici à une interposition du ligament annulaire du radius entre les épiphyses de l'articulation huméro-radiale à la face interne du coude, accompagnée

d'une légère subluxation de la tête du radius en bas et en avant. Sans enclavement du ligament la tête du radius reprendrait immédiatement sa place.

« Une pression exercée par la tête luxée du radius sur la branche profonde du nerf radial expliquerait le fait que quand on soulève l'avant-bras, la main reste pendante, inerte et en flexion (*droppinh-hand* des Anglais).

« Le traitement institué par Pingaud et d'autres n'a d'autre but que de faire cesser l'enclavement du ligament annulaire du radius. La supination de l'avant-bras sert à distendre la partie de la capsule de l'articulation qui relie le bord inférieur du ligament annulaire du radius avec le col de la tête du radius. Dès que cette tension atteint un degré suffisant, la partie médiane du ligament suit avec un craquement caractéristique (*Minerbi*). La *reposition* de la tête du radius a alors lieu tout naturellement parce que tout obstacle a disparu.

« Après réduction, il faut fixer le bras pendant une huitaine de jours.

« Quand la réduction n'a pas lieu, la guérison peut s'effectuer spontanément, soit qu'un épanchement de sang dans l'articulation pousse le ligament annulaire en avant et le délivre (*Minerbi*), soit que le médecin effectue inconsciemment par ses manipulations la *reposition*, soit par des mouvements que l'enfant fait avec son bras pendant son sommeil. »

Quoique la dernière opinion émise soit essentiellement chirurgicale et réunisse le plus de suffrages, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'elle ne nous paraît

pas répondre exactement à tous les faits ou à la physionomie complète des faits.

Nous avouons avoir été frappé par les explications qu'a proposées M. Brunon et par leur caractère plus compréhensif.

Il nous est cependant impossible de prendre parti. Les cas observés par nous ne sont pas assez nombreux et notre attention n'ayant pas été suffisamment attirée sur le mécanisme que M. de Bruin décrit fort bien et qui a au moins cette qualité d'être plus compréhensible.

Marche. — Pronostic.

MARCHE. — Dans la paralysie douloureuse des jeunes enfants, la marche des accidents est des plus régulières. La guérison survient spontanément du quatrième au huitième jour après l'accident. Cette guérison spontanée peut être considérée comme corroborant l'opinion qu'il existe autre chose qu'une lésion chirurgicale mais bien plutôt les troubles dynamiques signalés dans la théorie de M. Brunon, troubles qui, à notre sens, nous paraissent encore bien obscurs dans leur essence.

PRONOSTIC. — Le pronostic est des plus bénins. Il n'existe pas d'observation relatant des accidents consécutifs, mais il faut savoir que la récurrence est fréquente. Certains enfants paraissent véritablement plus enclins que d'autres à être atteints de cette paralysie.

Traitement.

Quoique la paralysie douloureuse des jeunes enfants soit loin d'être rare pour ceux qui ont l'attention attirée de son côté, c'est cependant un accident peu connu et pas décrit dans les ouvrages classiques. Aussi le médecin est-il fort embarrassé tout d'abord devant l'aspect tout à fait étrange de l'enfant et l'émotion excessive des parents.

La guérison survenant spontanément, au dire de M. Brunon, on pourrait s'abstenir de toute intervention active. La tranquillité de l'enfant, lorsqu'on ne touche pas à son bras, semble vous inviter à l'expectation pure et simple.

Mais d'autre part est-il toujours possible de rester inactif devant les craintes de l'entourage et quelquefois son affolement ?

De là le conseil qu'on a donné de mettre simplement le bras en écharpe.

Dans un cas, M. Bataille (de Rouen) a pu supprimer immédiatement tous les accidents en faisant une manœuvre de réduction consistant à porter l'avant-bras dans la supination forcée.

Dans deux cas, M. Brunon a obtenu le même résultat par la même manœuvre ; mais, dans un des cas où les accidents avaient récidivé, la même manœuvre appliquée chez le même malade n'a donné aucun résultat.

Nous conseillons donc de s'inspirer des circonstances. Il faudra toujours tenter la réduction et se rappeler que l'ar-

ticulation de l'épaule peut être en cause dans quelques cas. Si elle ne réussit pas, on mettra le bras en écharpe et on rassurera la famille en affirmant qu'il s'agit d'accidents bénins n'ayant aucune gravité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Garçon de deux ans.

Le 13 mars 1898, au moment où l'enfant allait faire une chute, la mère le retient brusquement par le bras gauche. Le 15 mars, il est amené à l'Hospice Général. Depuis l'accident le bras pend inerte parallèlement au corps, l'enfant ne s'en sert pour aucun usage et il pousse des cris chaque fois que sa mère l'habille ou le déshabille. Voilà ce que la mère raconte.

Au moment où nous l'observons à la consultation, nous pouvons, au grand étonnement de la mère, lui faire fléchir et étendre l'avant-bras sur le bras sans qu'il crie. Nous lui présentons un objet qui attire son attention ; à trois reprises différentes, il essaie de saisir l'objet avec la main droite et finit par le prendre avec la main gauche (côté malade).

REMARQUE. — Il y a une heure, l'enfant criait au moindre mouvement causé par sa mère. Avec nous il ne crie plus.

La mère est très affirmative : le bras était inerte et l'enfant criait au moindre mouvement, même pendant le sommeil, ce que nous expliquons par le souvenir de la douleur initiale (Brunon).

A la consultation, distrait ou si l'on veut suggestionné par nous, il commence peu à peu à fléchir l'avant-bras et à se servir de sa main. A la troisième invitation, il saisit l'objet avec cette main et par conséquent arrive à faire en

cinq minutes ce qu'il ne faisait pas depuis deux jours. Dans ce cas, il ne nous paraît pas que l'on puisse faire intervenir une subluxation quelconque car tous les mouvements passifs étaient faciles et non douloureux quand ils étaient provoqués par nous. Les accidents semblent dans ce cas pouvoir se rattacher à des troubles purement dynamiques et peut-être au souvenir de la douleur initiale et à une impression sur le *cerebrum*.

OBSERVATION II (inédite).

Modification partielle par supination forcée.

Petite fille de 10 mois amenée à la consultation de l'Hospice Général le 26 avril 1898. Actuellement le bras droit pend immobile le long du corps. La cause de l'accident est absolument inconnue. Tous les mouvements sont possibles sans que l'enfant crie. On explore l'épaule, le coude, le poignet ; l'avant-bras est porté en supination et en pronation sans que l'enfant manifeste la moindre douleur. Après toutes ces manœuvres le bras reste inerte comme auparavant.

Au milieu du pli du coude on constate une petite tache diffuse, d'une teinte jaunâtre, du diamètre de deux centimes. C'est peut-être une ecchymose. On pratique une manœuvre de réduction (supination forcée). Le résultat en est très douloureux. L'enfant semble pouvoir un peu plus facilement porter sa main vers un objet, mais au départ le bras reste inerte comme à l'arrivée.

OBSERVATION III (inédite).

Membre inférieur.

Garçon de 15 mois. Marche depuis l'âge de 13 mois, mais tombe souvent et tombe assis. Le 15 mars 1897 au matin, l'enfant était tranquille dans son lit, la mère le lève et tout à coup il se met à pousser des cris. Il se calme lorsqu'on le remet au lit et il crie de nouveau lorsqu'on veut le mettre sur ses jambes. Dans la journée il a essayé de

marcher à quatre pattes et il a poussé des cris dès que sa mère a voulu soit le remettre sur ses jambes, soit lui faire mouvoir ses jambes. Actuellement les mouvements passifs des membres inférieurs sont indolores, mais il paraît y avoir une douleur coxo-fémorale gauche lorsqu'on met l'enfant sur ses pieds. Actuellement (20 mars) et à la consultation, on arrive après quelques minutes à le faire marcher assez bien en le soutenant sous les bras au grand étonnement de la mère.

REMARQUE. — Comme dans l'observation I, l'enfant semble avoir subi l'influence de la consultation et nous avons pu obtenir de ses membres inférieurs un effort qu'il ne voulait pas faire sous l'influence de sa mère.

OBSERVATION IV (inédite).

Garçon de 3 ans amené à la consultation de l'Hospice Général de Rouen en juillet 1894. La mère jouait avec l'enfant dans son lit. Vou-
lant mettre fin aux jeux, la mère le prend par les deux bras et l'attire vers elle. Immédiatement l'enfant se met à pleurer et se plaint d'une douleur dans l'avant-bras gauche.

Toute la nuit l'enfant pleure et se plaint. A quatre heures du matin, il s'endort jusqu'à huit heures. A la consultation nous constatons que les mouvements de l'épaule et du coude, que les mouvements de supination et de pronation de la main sont libres. Le bras pend le long du corps mais l'avant-bras est fléchi et appliqué sur la poitrine. En produisant plusieurs mouvements de rotation du radius on perçoit un craquement comme si une subluxation se réduisait. Immédiatement les mouvements du bras sont possibles et l'enfant s'en va guéri.

REMARQUE. — Il paraît y avoir eu dans ce cas un traumatisme de l'articulation radio-cubitale. La douleur était localisée par l'enfant dans l'avant-bras sans plus de précision, mais c'était le bras qui était immobile et M. Brunon en conclut que ce cas rentre dans sa théorie; l'impression initiale perçue par le cerveau avait amené à sa suite, par inhibition, l'immobilité du bras.

OBSERVATION V (inédite).

Fille de 7 mois. Consultation de l'Hospice Général de Rouen du 27 mars 1894.

La mère portant l'enfant dans ses bras est tombée à terre avec l'enfant le 25 mars à une heure après-midi et depuis ce moment le bras droit de l'enfant est inerte et tombe passivement le long du corps. Il y a quelques petits mouvements spontanés de la main ; les mouvements passifs sont douloureux, l'enfant pousse des cris dès qu'on veut les produire (élévation du bras, flexion de l'avant-bras, supination et pronation). Cependant la mère constate qu'aujourd'hui les douleurs sont moins vives. Toute tentative de réduction a été inutile ; l'enfant est emporté dans le même état qu'à l'arrivée.

OBSERVATION VI (inédite).

Fille de 17 mois amenée à l'Hospice Général de Rouen le 24 octobre 1893.

Le 23 octobre, à quatre heures de l'après-midi l'enfant étant à terre, la mère la prend par le bras pour l'élever à sa hauteur. Peu de temps après elle s'aperçoit que le bras de l'enfant retombe inerte le long du corps. Depuis ce moment l'enfant ne se sert plus que de sa main gauche. Si on lui présente une tablette de chocolat, il manifeste le désir de la saisir, mais sa main droite reste inerte. Finalement il la saisit avec la main gauche.

Il est remarquable que, dans le membre supérieur droit atteint, tous les mouvements passifs sont possibles sans aucune douleur. On peut tirailler sur le bras, fléchir l'avant-bras, amener la rotation de la tête du radius par les mouvements de pronation et de supination, l'enfant ne pousse pas une plainte et continue à manger son chocolat. Toutes les manœuvres précédentes qui, à vrai dire, n'avaient pas été faites dans un but de réduction mais simplement d'exploration, laissent le bras absolument inerte.

OBSERVATION VII (inédite).

Fille de 16 mois.

Son père la soulève par le bras gauche pour la mettre sur ses genoux. Immédiatement elle pousse un cri et on s'aperçoit que le bras est pendan et inerte le long du corps. Toutes les tentatives faites pour amener un mouvement actif du bras gauche sont inutiles. L'enfant saisit tous les objets qu'on lui présente avec la main droite.

Quelques heures après l'accident un médecin est appelé. Il explore avec le plus grand soin le membre atteint et ne trouve ni fracture, ni luxation, ni contusion. Sans se prononcer sur le diagnostic, il conseille une onction avec une pommade et l'immobilisation de l'avant-bras dans une écharpe.

L'enfant crie et se plaint toute la nuit.

Le matin on l'habille et on lui fixe le bras de nouveau dans l'écharpe.

Vers dix heures du matin l'enfant se heurte à une chaise et tombe. Elle tombe de telle façon que le bras retenu par le bord de la chaise est fortement soulevé et écarté du tronc.

L'enfant pousse un cri « déchirant », arrache l'écharpe et on s'aperçoit que la motilité est revenue dans le bras malade. Tous les accidents disparaissent instantanément.

Dans ce cas le traumatisme paraît avoir atteint l'articulation de l'épaule, car ce sont les mouvements de l'épaule qui étaient douloureux au moment de l'exploration du médecin.

Ce que ce dernier n'avait pas songé à faire, ignorant probablement l'existence de la paralysie douloureuse des jeunes enfants, le hasard le fit et un traumatisme corrigea les effets d'un autre traumatisme.

CONCLUSIONS

I. — On donne le nom de paralysie douloureuse des jeunes enfants à des accidents de paralysie assez étranges survenant à la suite de tiraillements ou de contusion des membres, le plus souvent des membres supérieurs.

II. — Les caractères cliniques de cette affection décrits par plusieurs auteurs qui n'avaient pas connaissance de leurs travaux respectifs sont identiques dans les diverses descriptions. Ce qui prouve bien que la maladie répond à un type clinique parfaitement net.

III. — Trente observations ont servi à faire l'exposé clinique de l'affection.

La maladie a pour caractères principaux :

L'instantanéité de l'invasion ; l'état complet de la paralysie ; les troubles de la motilité ; les caractères de la douleur : son intensité, son siège, sa durée ; l'aspect typique du membre ; l'absence de toute déformation et de tout désordre anatomique ; enfin la diminution progressive et la guérison prompte de la paralysie.

IV. — La pathogénie de la paralysie douloureuse des jeunes enfants est encore assez obscure. On peut cependant admettre que deux sortes de causes interviennent :

1° Des causes extrinsèques représentées par un traumatisme : tiraillement ou contusion ;

2° Des causes intrinsèques ayant leur siège dans des troubles nerveux d'inhibition.

V. — Le pronostic est bénin.

VI. — Le traitement est des plus simples. Tantôt une manœuvre rapide de réduction rétablit immédiatement les mouvements, tantôt l'expectation pure et simple suffit et la guérison survient spontanément vers le troisième ou le quatrième jour.

Vu :

Le Président de la thèse.

HUTINEL.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
